IL POTENZIAMENTO DELLA SANITÀ TERRITORIALE NEL PNRR

Audizione Anaao Assomed – 1 luglio 2021

Gli investimenti del PNRR devono garantire valore entro 5 anni, per ottenere il riconoscimento finanziario da parte della UE. Quindi è necessario un atteggiamento pragmatico associato a tempi certi di attuazione. Una efficace programmazione richiede di essere preceduta da una visione strategica, senza la quale non è possibile definire gli obiettivi da perseguire e i *target* con i quali misurare la propria efficacia. È quindi necessario inquadrare la riforma della sanità territoriale prevista nel PNRR in un contesto più ampio di riorganizzazione del SSN e dei SSR, anche alla luce delle criticità emerse con la pandemia, che tenga conto sia degli obiettivi di *policy* per l'accesso ai fondi sia delle problematiche pratiche di realizzazione in un sistema a basso tasso di integrazione e bloccato da vincoli politici e corporativi di ogni genere.

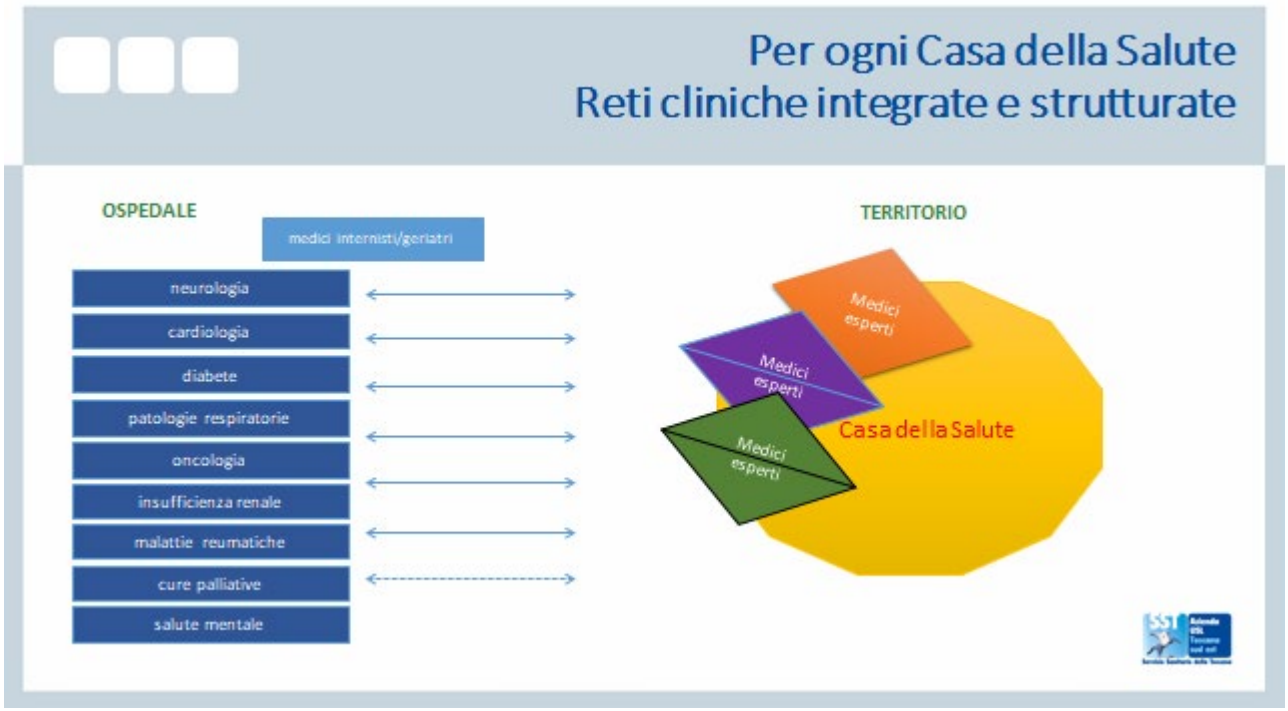
CASE DELLA COMUNITÀ

Piano di Investimento 1.1 - Componente 1 - Missione 6: Case della Comunità e presa in carico della persona (**2 mld**)

Le Case della Comunità sono un modello che ricalca quello delle Case della Salute istituite nel 2007 (strutture fisiche territoriali che riuniscono in un'unica struttura un team multidisciplinare di Mmg, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, assistenti sociali). Dovranno diventare un punto di riferimento di prossimità. Ogni Casa della Comunità comporterà costi vivi a livello strutturale e tecnologico pari a 1,6 milioni di euro: ci sarà da sostenere, nella configurazione-base, l'onere finanziario di 5 unità di personale amministrativo, 10 Mmg e 8 infermieri. Attrezzate con punto prelievi, macchinari diagnostici e infrastrutture informatiche, dovranno offrire assistenza 8-20 mentre il servizio notturno sarà garantito dalla guardia medica. Tra i servizi inclusi è previsto il PUA (Punto Unico di Accesso alle prestazioni sanitarie) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e la medicina di genere (tutela donna, bambini, nuclei familiari),il che rende necessario,però, un incremento del personale amministrativo.
Con i fondi del PNRR è prevista la realizzazione entro metà del 2026 di **1.288 Case di Comunità**. L'ideale è una "Casa" ogni 20.000 abitanti. Si potranno utilizzare sia strutture già esistenti che realizzarne di nuove. Oggi la dotazione è di solo 489. Le regioni che ne hanno di più sono Emilia Romagna (124), Veneto (77), Toscana (76). Spetta al Governo decidere quante farne nei singoli territori e alle Regioni decidere dove farle.

- **Criticità:** il progetto delle Case della Salute in passato si è arenato per le differenti politiche regionali e per l'indisponibilità dei Mmg, che sono dei liberi professionisti convenzionati, a portare il loro ambulatorio all'interno di tali strutture. Il piano del PNRR non può quindi realizzarsi senza un forte coinvolgimento dei Mmg.
- **Proposta:** il problema non consiste in un diverso stato giuridico dei Mmg (dipendente vs convenzionato) quanto in una diversa funzione in un contesto organizzativo che evolve. Obiettivamente, alla luce delle criticità emerse durante la pandemia, il lavoro "individuale" non appare compatibile con le nuove esigenze. È necessaria una programmazione diversa del lavoro, con attenzione allo sviluppo di una "Medicina di comunità", rendendo obbligatorie le prestazioni necessarie per evitare politiche sanitarie diverse nei diversi territori. Il Mmg deve essere inserito in

un gruppo e il gruppo deve garantire in un'area geografica ben definita l'assistenza H24 in modo che siano possibili anche ambulatori nelle frazioni più sperdute. E' necessario immaginare modelli organizzativi che affianchino alle Case della Comunità anche studi periferici, per garantire al massimo la prossimità più volte richiamata nel PNRR. Ovviamente ogni Casa della Comunità deve individuare un coordinatore medico delle attività tra quelli afferenti.
Deve essere sviluppata una forte integrazione, anche grazie alle piattaforme informatiche, con la struttura ospedaliera di riferimento, in particolare per la gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che vanno incontro a frequenti ricoveri, sviluppando una articolazione delle competenze professionali all'interno della Casa della Comunità.



OSPEDALI DI COMUNITÀ

Piano di Investimento 1.3 - Componente 1 - Missione 6: Sviluppo della rete territoriale di cure intermedie (**1 mld**)

Gli Ospedali di Comunità erano già previsti nel Patto per la Salute 2014-2016, ma solo lo scorso anno sono stati definiti gli standard (Intesa Stato-Regioni n. 17 del 20 Febbraio 2020). Sono indirizzati ad assistere, in numero di uno ogni 50.000 abitanti, i pazienti stabilizzati dal punto di vista medico che, pur non richiedendo ricovero ospedaliero, non possono essere gestiti a domicilio per la necessità di cure infermieristiche continue o mancanza di rete di sostegno familiare. Possono rappresentare, parzialmente, anche una risposta al taglio negli anni passati di più di 80 mila posti letto della rete ospedaliera che, come documentato dai dati OECD 2020, presenta un numero di posti letto per mille abitanti tra i più bassi in Europa (3,1 a fronte di una media europea intorno a 5), largamente insufficiente alle esigenze di ricovero come l'epidemia di Sars-CoV-2 ha dimostrato. In realtà, il *boarding* nei Pronto Soccorso durante i periodi di criticità epidemica influenzale già lo aveva dimostrato negli anni precedenti. Il ricovero dei malati di Covid-19 nel 2020/21 è stato possibile solo con l'espulsione delle altre malattie dai processi di cura ospedaliera. Scelta che è stata pagata, e continuerà a esserlo nei prossimi anni, con un peggioramento delle prognosi e della mortalità.

Il piano prevede la realizzazione entro metà del 2026 di **381 Ospedali di Comunità** (7.620 posti letto) a gestione prevalentemente infermieristica (dotazione organica di 1 medico, 9 infermieri e 6 operatori socio-sanitari), di norma dotati di 20 posti letto (fino a massimo di 40). Oggi i posti letto di cure intermedie sono 3.163 (prevalentemente concentrati in Veneto, Marche, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana).

Criticità: non è proponibile prevedere 1 solo medico in organico per il buon funzionamento dell'Ospedale di comunità e per la copertura della turnistica necessaria. L'edificazione di strutture nuove determinerà certamente un notevole impegno logistico e economico e per non farne delle "scatole vuote" è cruciale affrontare il problema del reclutamento delle risorse umane necessarie in un contesto storico di grave carenza di personale sanitario.

Proposta: è importante puntare su una presenza medica significativa arruolando specialisti in Medicina Interna o Geriatria, inquadrati nel Dipartimento medico dell'Ospedale di riferimento territoriale per garantire la continuità delle cure e la fondamentale integrazione con i Mmg. Nelle Regioni, come ad esempio la Toscana, in cui vi è una diffusa presenza di Ospedali di Prossimità (sottocategoria dell'ospedale di base con bacino di utenza inferiore a 80.000 abitanti, giustificato da determinate caratteristiche oro-geografiche) le risorse previste dal PNRR potrebbero essere utilizzate per potenziarli e meglio strutturarli. Ovviando, in parte, al problema del reclutamento di ulteriore personale per strutture *ex novo* e fornendo una gestione internistica e geriatrica integrata a quella prevalentemente infermieristica prevista dal piano, con netto vantaggio economico, organizzativo e sugli esiti. Per fare questo è però mandatoria la definizione chiara della *mission* degli attuali Ospedali di Prossimità disseminati sul territorio nazionale.

FORMAZIONE

Nel contesto del potenziamento dei presidi territoriali, particolare importanza assume la **telemedicina,** per cui occorre porre particolare attenzione alla formazione del personale in medicina digitale piuttosto che nella formazione manageriale.